2e Série.
N° 126

OBSERVATION

SUR

UN CAS DE GROSSESSE TUBAIRE

AVEC TUMEUR FIBREUSE DE LA MATRICE,

SUIVIE

DE QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'ÉTIOLOGIE ET LE MÉCANISME DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES EN GÉNÉRAL ET DE CELLE DE LA TROMPE EN PARTICULIER.

AVEC DEUX PLANCHES LITHOGRAPHIÉES.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG,

et soutenue publiquement

LE LUNDI 1er AVRIL 1844, A MIDI,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE,

PAR

MICHEL ROTH,

DE LAMPERTHEIM (Bas-Rhin).

Ancien chirurgien interne des hospices civils de Strasbourg.

STRASBOURG,

DE L'IMPRIMERIE DE PHILIPPE-ALBERT DANNBACH, RUE DU BOUCLIER, 1.

1844.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Professeurs.

MM.	Coze	Doyen.
	Tourdes . . .	Pathologie médicale.
	Ehrmann . . .	Anatomie et anatomie pathologique.
	Coze	Matière médicale et pharmacie.
	Fée.	Botanique et histoire naturelle médicale.
	Stoltz. . . .	Accouchements et clinique d'accouchements.
	Forget. . . .	Clinique interne et maladies épidémiques.
	Boyer	Physiologie.
	Cailliot . . .	Chimie médicale et toxicologie.
	Rameaux . . .	Hygiène et physique médicale.
	G. Tourdes . .	Médecine légale.
	Sedillot . . .	Pathologie externe. Clinique externe.
	Rigaud . . .	Médecine opératoire.

MM. Masuyer et Bégin, professeurs honoraires.

Agrégés en exercice.

MM.	Kayser,	MM.	Strohl,
	Stoeber,		Hirtz,
	Malle,		Carrière,
	Schutzenberger,		Lacauchie,
	Bach,		Held.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE.

MM. Rigaud, président;
Tourdes, père.
Held,
Kayser.

La faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A M. STOLTZ,

Professeur d'accouchements et de clinique d'accouchements, président des jurys médicaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Hommage d'un de ses élèves.

A M. J. Pfitzenmeyer,

Médecin à Wolfisheim,

Dévouement.

M. ROTH.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

G. PH. HEYDT,

De son vivant médecin cantonal à Hochfelden,

Regrets!

A mon père et à ma mère,

Réconnaissance.

M. ROTH.

OBSERVATION
SUR UN CAS DE GROSSESSE TUBAIRE AVEC TUMEUR FIBREUSE DE LA MATRICE,

SUIVIE

DE QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'ÉTIOLOGIE ET LE MÉCANISME DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES EN GÉNÉRAL ET DE CELLE DE LA TROMPE EN PARTICULIER.

L'observation qui suit est la base de la dissertation que je présente à la Faculté pour obtenir le titre de docteur. Cette observation intéressante sous plus d'un rapport m'a été communiquée par M. le professeur Stoltz. Je la donne telle que je l'ai reçue, en la faisant suivre de considérations sur les grossesses extra-utérines en général, sur les causes de ces anomalies de la gestation, et en particulier sur celles de la grossesse tubaire. Récemmenton a tenté de renverser les idées admises sur la fécondation et sur l'endroit où se fait ordinairement la conception. Cette question est cependant loin d'être résolue d'une manière satisfaisante. Les recherches sur l'étiologie de la grossesse extra-utérine ont un grand rapport avec celles sur la fécondation; la discussion à laquelle nous nous livrerons pourra peut-être jeter quelque lumière sur cette question aussi délicate qu'intéressante. Ce ne sera cependant pas en citant nos propres expériences sur les animaux, nos recherches anatomiques et physiologiques, mais en discutant les différentes opinions émises que nous comptons arriver à ce résultat. Il nous semble qu'on admet en général trop

facilement les opinions et les théories nouvelles, souvent basées sur un ou plusieurs faits très-positifs, mais dont on tire des conclusions qui sont souvent très-fausses. Une nouvelle théorie dans les sciences physiologiques et médicales proprement dites peut être comparée à une monnaie non encore connue, qui doit être tournée et retournée, examinée et pesée, pour savoir si elle est de bon aloi, ou fausse ; analysée, pour savoir combien elle renferme d'alliage; et quelle en est la valeur réelle. En effet presque toutes les théories renferment quelque grande vérité, mais souvent mal commentée, mal exploitée. Ces théories sont d'autant plus dangereuses, conduisent à des erreurs d'autant plus nombreuses que la base fondamentale est plus saillante, plus facile à comprendre.

OBSERVATION.

Le dix octobre 1837, à trois heures après-midi, la dame R...., âgée de 36 ans, originaire d'Alsace, mais mariée à Paris, se présenta dans le cabinet de M. le professeur Stoltz, avec une lettre du docteur Taufflieb de Barr, qui le priait d'examiner cette dame, pour éclairer un diagnostic que ses propres investigations ne lui permettaient pas de poser d'une manière définitive.

Mad. R.... était arrivée depuis peu de temps dans sa famille. Elle avait entrepris le voyage de Paris à A.... quoique mal à son aise et ayant une perte sanguine par les parties génitales. Ce voyage l'avait extrêmement fatiguée et avait augmenté toutes les indispositions auxquelles elle était sujette depuis longtemps, et notamment la perte de sang, qui la força de garder le lit pendant plusieurs jours. C'est pour cette raison qu'elle alla consulter à Barr aussitôt qu'elle put se lever.

Par l'interrogatoire qu'il lui fit subir, et par les renseignements qui lui avaient été fournies par M. le Dr Taufflieb, M. le professeur Stoltz apprit que Mad. R...., mariée depuis longtemps, n'avait cependant jamais été grosse, qu'elle avait eu souvent des dérangements de la menstruation et des pertes, des constipations, une grande difficulté de rendre les matières fécales, et quelquefois une rétention d'urine passagère. En allant à la selle, ajouta la consultante, il lui semblait qu'un corps volumineux tendait à sortir pendant les efforts de défécation et remontait après.

Cette dame, de taille moyenne, était très-bien proportionnée, fortement constituée et blonde. Elle était un peu pâle, mais avait encore beaucoup de forces.

M. le Dr Taufflieb disait avoir trouvé la matrice très-volumineuse, l'orifice externe béant, la portion du corps accessible au doigt, dure au toucher et offrant une résistance qu'on aurait pu attribuer à la présence d'un corps solide dans sa cavité : Point de ballottement. M. Stoltz proposa à la malade de l'explorer immédiatement. Elle prétexta la nécessité de quelques soins de propreté et l'opération fut remise au lendemain, à neuf heures du matin.

Mad. R.... alla loger chez une amie qui demeurait à la Krutenau.

A huit heures du soir, pendant qu'elle était à causer familièrement avec les personnes qui l'entouraient, et qu'elle s'occupait de son souper, elle annonça tout-à-coup qu'elle se trouvait mal. On fut obligé de la soutenir et de la coucher ensuite sur un lit. On lui fit avaler de l'eau sucrée, du bouillon, du vin. Le malaise, loin de cesser, allait en augmentant. La malade dit qu'elle sentait son ventre enfler et qu'elle n'y voyait plus. Son visage devint très-pâle, les extrémités froides, le pouls disparut. On courut appeler du secours. M. Stoltz ne put être rendu auprès de la dame R.... qu'à dix heures; elle venait de rendre le dernier

soupir. Jusqu'à son dernier moment elle avait conservé l'usage de ses sens et de toutes ses facultés.

Etonné d'une mort aussi prompte, M. Stoltz demanda l'autorisation de faire l'ouverture du corps, ce qui lui fut facilement accordé. Une seule supposition pouvait être faite sur le genre de mort, c'était celle d'un épanchement sanguin dans le ventre. Jusqu'au moment de l'accident, la dame R.... n'avait pas eu de maladie grave; la perte de sang par le vagin ne s'était pas reproduite depuis son arrivée à Strasbourg.

L'autopsie fut pratiquée le surlendemain au matin.

Le cadavre était pâle et d'un blanc mat; le ventre était élevé et présentait de la matité dans la région inférieure, tandis qu'au-dessus de l'ombilic il était résonnant.

La poitrine n'offrit rien de bien extraordinaire. Les poumons étaient affaissés et parfaitement sains à l'exception des sommets, qui étaient le siège de tubercules crus; l'un d'eux présentait même une cicatrice déprimée et froncée, comme s'il y avait eu ramollissement tuberculeux, fonte et cicatrisation. — Cœur petit, contracté, pâle, vide. — Beaucoup de graisse dans le médiastin. Diaphragme très bombé.

En faisant l'ouverture de l'abdomen il s'écoula d'abord environ cent grammes de sérosité jaunâtre; plus loin on trouva de la sérosité sanguinolente, plus bas encore du sang liquide, enfin sous les circonvolutions intestinales, entre elles et la partie inférieure de la paroi abdominale, mais surtout dans le petit bassin, c'étaient des caillots de sang en forme de gâteaux, épais, noirs, adhérents aux parties sur lesquelles ils reposaient. Les suppositions qu'on avait formées sur le genre de mort de la dame R... étaient confirmées; il existait un épanchement de sang considérable dans la cavité péritonéale; il ne s'agissait plus que d'en trouver la source et la cause véritable.

Le canal intestinal était distendu par des gaz, surtout le gros

intestin; du reste il était sain. On souleva tout le paquet pour découvrir la matrice. Après avoir enlevé les caillots de sang qui remplissaient le petit bassin, on arriva à l'utérus dont le volume égalait le poing d'un adulte. Il occupait une grande partie de l'excavation, son tissu était ferme et élastique. La trompe droite fut trouvée distendue et noire à ses deux tiers internes. Elle formait une poche du volume d'un œuf de pigeon. A la partie supérieure de cette poche on apercevait un trou à bord frangé et dans lequel on pouvait facilement introduire le bec d'une sonde de femme. C'est par cette ouverture que le sang épanché dans le ventre paraissait s'être écoulé.

Pour pouvoir examiner ces parties avec plus d'attention, on en fit l'extraction avec soin. On reconnut à l'examen ultérieur que le volume de la matrice était dû à une tumeur fibreuse de la grandeur d'un gros œuf de dinde, qui avait distendu la paroi postérieure de l'utérus de telle façon, que, considéré à sa face antérieure, cet organe présentait sa forme triangulaire, modérément convexe, tandis qu'en arrière il formait une proéminence arrondie, ou légèrement ovale dans le sens vertical, et très saillante.

Le col était raccourci, épais, les lèvres du museau de tanche tuméfiées, du reste il présentait une conformation normale. A la surface externe de la matrice se trouvait un grand nombre de brides et de lames fibro-celluleuses, marques d'anciennes phlogoses. L'épiploon adhérait d'une manière intime par une assez large portion au fond de la matrice. Les ovaires étaient affaissés, les trompes contournées, et adhérentes par leur pavillon à ces derniers; du reste ces organes présentaient comme la matrice de nombreuses brides celluleuses. La trompe droite qui était distendue depuis son milieu jusqu'à son insertion à l'utérus, paraissait au premier examen ne renfermer que du sang noir et coagulé.

Cette pièce pathologique fut conservée, mais avant de la déposer dans l'esprit de vin, M. Stoltz l'examina de nouveau avec attention et pratiqua des incisions qui firent découvrir la véritable disposition et la nature des choses. La poche tubaire ouverte du côté opposé à celui où se trouvait la perforation par laquelle l'épanchement de sang s'était fait, on retrouva au milieu d'un peu de sérosité sanguinolente un embryon de quatre à cinq centimètres de longueur, dont toutes les parties du corps étaient très distinctes. Après l'avoir extrait de sa loge, on reconnut tout qui forme l'arrière faix ou l'œuf proprement dit. Le cordon ombilical présentait six centimètres de longueur; les membranes fines et transparentes comme elles le sont à six semaines, ou deux mois de grossesse étaient adhérentes à la poche qui les contenait par une fausse membrane semblable à la caduque; le placenta était organisé, ma is non encore lobulé. En un mot au lieu d'une simple dilatation de la trompe contenant du sang, on constata l'existence d'une *grosesse extra-utérine tubaire*, arrivée à la fin du second mois à peu près. Cependant la tumeur fibreuse renfermée dans la matrice, rendait le mécanisme de la conception très-difficile pour ne pas dire impossible à expliquer. Pour connaître exactement la disposition de cette tumeur et ses rapports avec l'utérus, on fendit verticalement la paroi postérieure de l'utérus, depuis le milieu du fond jusqu'à l'insertion du col. Alors on remarqua que la tumeur fibreuse faisait corps avec cet organe. Elle présentait des couches stratifiées et concentriques. Entre ces couches se voyaient des loges ou cellules pouvant contenir des corps du volume d'un pois à celui d'une fève de haricot. Elles étaient remplies d'une matière gélatineuse.

En divisant de plus en plus profondément la tumeur contenue dans la matrice, au point de la partager en deux moitiés égales, on s'aperçut en définitive qu'elle n'avait pas encore pénétré dans

la cavité proprement dite de l'utérus, qu'elle s'était développée dans la paroi postérieure de cet organe, qu'elle avait distendue en refoulant une couche en-dedans et l'autre en-dehors depuis le fond jusqu'au col qu'elle avait même envahi en partie; par conséquent la cavité de la matrice était libre, seulement elle se trouvait effacée par l'applicationi mmédiate de la paroi postérieure contre l'antérieure. En effet, en introduisant un stylet par le col, l'instrument arrivait sans aucune difficulté jusqu'au fond de la matrice, et son extrémité pouvait être portée de côté et d'autre. Cette disposition levait toutes les difficultés quant au mécanisme de la fécondation.

Le col gros et court avait la forme de celui d'une femme qui n'a pas eu d'enfant. Les deux lèvres du museau de tanche formaient un cercle épais, uni, laissant au centre un orifice arrondi, dans lequel on pouvait placer l'extrémité du doigt, mais qui était fermé par un bouchon gélatineux. En fendant le col dans toute sa longueur, on vit que ce bouchon occupait toute sa cavité et s'étendait jusqu'à l'orifice interne, ce qui n'a pas empêché les hémorrhagies utérines.

Le tissu propre de la matrice avait subi les changements qui s'y opèrent au commencement de la gestation, même extra-utérine, mais aussi dans tous les cas où cet organe est distendu lentement par un corps quelconque qui y établit un centre de fluxion, et dans le cas de la dame R.... ces deux causes existaient. Vers le fond, près de l'extrémité supérieure de la tumeur fibreuse, la substance utérine était très-vasculaire.

Quoique mariée depuis longtemps, la dame R.... n'avait jamais eu d'enfant; à l'âge de 28 ans à peu près, elle avait commencé à souffrir du bas-ventre; des pertes fréquentes pendant et hors de l'époque menstruelle l'avaient forcée de s'adresser à un médecin qui, par l'exploration vaginale, crut reconnaître un engorgement de la matrice.

Cet engorgement présumé ne fit qu'augmenter avec le temps, malgré tous les remèdes employés, et causa différentes incommodités et par le travail pathologique qu'il entretenait incessamment dans les parties génitales et par le volume considérable et le poids de la matrice.

Sur ces entrefaites et lorsque la matrice a déjà atteint un degré de développement considérable, les règles se suppriment et en même temps se déclarent quelques signes rationnels de grossesse auxquels on fit peu d'attention, parce qu'on ne supposait pas que cet état fut possible. On considéra plutôt la position de la dame R.... comme indiquant une suppression anticipée de la menstruation, une ménopause précoce. Deux mois après cette suppression, il reparaît un écoulement de sang par les parties génitales. Cet écoulement est irrégulier et dégénère en perte considérable. L'état de la malade ne l'empêche pas de faire un voyage de 50 myriam., mais la perte en devient plus abondante. Un voyage de 3 myriam. pour se rendre à Strasbourg décide la crise qui met fin aux jours de la dame R.... par un épanchement de sang dans la cavité péritonéale.

La première idée qui s'était présentée à M. le professeur Stoltz, était celle d'une grossesse extra-utérine. N'ayant jamais examiné la dame R...., il ne pouvait pas savoir d'où dépendait l'augmentation de volume de la matrice que M. le D[r] Taufflieb lui avait annoncée. Une suppression de règles de deux mois avec phénomènes généraux d'une grossesse, suivie de pertes irrégulières et enfin d'une mort prompte qu'on ne pouvait attribuer qu'à un épanchement de sang dans l'abdomen, toutes ces circonstances pouvaient en effet provoquer une pareille idée et la confirmer.

Mais dès qu'on eût examiné la matrice et qu'on l'eût trouvée distendue par un corps solide, cette supposition devait s'évanouir. Aussi M. Stoltz attribua-t-il d'abord l'épanchement sanguin à la rupture d'une varice de la trompe.

L'examen plus attentif de la poche que formait la trompe dilatée y fit découvrir un produit de conception parfaitement bien développé. Il y avait donc eu effectivement *grossesse extra-utérine*, et la mort de la femme avait été le résultat de la rupture du sac qui renfermait le produit de la conception. Cette rupture n'avait pas eu lieu par suite du développement de l'œuf et de l'amincissement des parois de la trompe. La mort de l'embryon datait sans aucun doute du moment où l'écoulement des règles, ou pour mieux dire, l'effort menstruel s'est rétabli.

La présence d'un corps étranger dans la trompe droite (car le produit de la conception avorté peut être considéré comme un corps étranger) a entretenu la congestion sanguine vers cet organe, il s'est formé peu à peu une usure, une espèce d'ulcération de la poche qui contenait ce corps étranger; la perforation complète a été suivie d'une hémorrhagie mortelle [1]. Mais comment s'était faite la fécondation, comment la dame R.... a-t-elle pu devenir enceinte, tandis que la matrice renfermait un corps fibreux qui en obstruait complètement la cavité? Par où le sperme avait-il passé pour arriver jusqu'au germe? Ceci était une énigme aussi longtemps que la véritable disposition, le siége véritable de la tumeur fibreuse n'étaient pas connus. Les idées d'*aura semina-*

[1] La rupture de la trompe se fait le plus souvent d'une autre manière, elle est large, la trompe se rompt dans une étendue considérable, c'est une véritable déchirure qui est quelquefois multiple, à bords frangés; d'autres fois une pièce est emportée. Notre cas ne s'est pas terminé de cette manière. Il s'est formé un petit trou, une espèce d'ulcération qui a donné lieu à une hémorrhagie suivie de mort. Dans une observation fournie par Santorini l'ouverture de la trompe n'était guère plus large qu'un *grain de millet*. La rupture peut donc se faire de plusieurs manières :

1° *Subitement*, par suite de la continuation du développement de l'œuf ou de l'action d'une cause extérieure, telle qu'un coup, une chute, un effort.

2° *Lentement*, par suite de la mortification des parties ou de leur usure, ce qui arrive lorsque le produit de la conception a cessé de vivre depuis un temps plus ou moins long.

lis, *d'absorption du sperme*, de *canal de Gærtner*, considérées jusqu'alors comme le produit de l'imagination de cerveaux enthousiastes ou d'une erreur anatomique, revinrent à M. Stoltz, et le professeur fut obligé de recourir à des théories qu'il avait cru absurdes pour expliquer la grossesse dans un cas où il trouvait la voie complètement obstruée. La tumeur fibreuse, qui occupait la matrice, s'était évidemment développée longtemps avant que la conception eut lieu. Si la pièce pathologique avait été mise dans l'esprit de vin sans être examinée plus soigneusement, ce fait aurait donc pu et dû nécessairement changer totalement une conviction formée à la suite de mures réflexions et appuyée sur l'anatomie et la physiologie positives. C'est l'impossibilité de le comprendre qui engagea M. Stoltz à faire de nouvelles recherches dans l'espoir de découvrir la voie par laquelle le sperme aurait pu arriver *en nature* jusqu'à l'ovaire ou au moins dans la trompe. Ces recherches furent couronnées de succès. On découvrit que la tumeur fibreuse que l'on croyait être logée dans la cavité même de la matrice [1], avant d'avoir divisé le corps étranger dans toute son épaisseur, se trouvait emprisonnée dans la paroi postérieure de cet organe, de manière que la cavité proprement dite de l'utérus était tout à fait libre; et quoique les parois fussent appliquées exactement l'une contre l'autre, leur surface interne lubréfiée de mucosités n'en pouvait pas moins permettre au sperme de cheminer jusqu'à l'orifice de la trompe, et de là gagner le germe disposé à la fécondation.

La conception expliquée d'une manière satisfaisante, la cause du séjour de l'ovule fécondé dans la trompe, en d'autres termes, la cause de la grossesse extra-utérine était toute trouvée. L'ovule n'a pas pu descendre dans la matrice parce que la cavité de cette

[1] Les corps fibreux ne se développent pas à proprement parler dans *la cavité* utérine, mais y passent après avoir acquis un certain développement en rompant la couche interne de la coque qui les enveloppe.

dernière était effacée par la présence de la tumeur fibreuse. La formation probable d'une membrane caduque dans la cavité utérine a dû rendre cette descente plus difficile encore.

Nous ne croyons pas qu'on ait déjà publié une observation constatant une cause matérielle de grossesse extra-utérine aussi évidente.

Une question que l'on se fait nécessairement en réfléchissant sur le cas singulier dont nous venons de donner les détails, est la suivante :

Pourquoi la dame R.... était-elle restée stérile pendant un grand nombre d'années, et n'est-elle devenue enceinte que dans un moment où la matrice était occupée par un corps fibreux qui l'obstruait presqu'en entier?

Voici comment on peut expliquer cette singularité :

La stérilité est très-souvent causée par une résistance du col de la matrice au passage du sperme; c'est-à-dire par le peu de développement, la mauvaise direction ou la densité des parois du museau de tanche ayant ordinairement pour effet l'étroitesse du canal. Le développement d'un corps fibreux n'a lieu que par un travail très-actif, accompagné de congestions de sang et de raréfaction, de ramollissement, de vascularisation du tissu propre de la matrice. A la suite de ces changements provoqués par un travail pathologique, le col s'est développé, sa cavité ainsi que le museau de tanche sont devenus plus viables et le sperme a pu pénétrer. Peut-être des congestions presque continuelles de sang vers la matrice ont-elles aussi augmenté la vitalité des organes génitaux et augmenté la faculté de concevoir. Ce sont là les suppositions les plus fondées.

DE L'ÉTIOLOGIE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

L'étiologie de la grossesse extra-utérine en général et de celle de la trompe en particulier est extrêmement obscure. Aussi n'a-t-on pas manqué de faire des hypothèses, des suppositions en grand nombre et qui ne sont pas toutes vraisemblables. Il est cependant un certain nombre de causes qui non seulement sont probables, mais dont l'action sur la production de cette anomalie fonctionnelle est certaine. Pour pouvoir remonter à ces causes il faut avoir une idée nette des actes qui précèdent la grossesse, c'est-à-dire de la fécondation et de la conception. Ces idées ont varié suivant les siècles. A mesure que la science physiologique a fait des progrès, elles sont devenues plus claires et plus positives, et depuis peu elles ont encore été modifiées quoique légèrement, à la suite de nouvelles observations et de nouvelles études. Nous les rappellerons aussi brièvement que possible.

D'après les anciens la conception avait lieu par le mélange des semences de l'homme et de la femme. Ce mélange s'opérait dans la matrice.

Les grossesses extra-utérines étaient alors inconnues.

Le système des ovaristes remplaça celui des séministes. Les ovaires de la femme furent considérés comme des organes sécrétant, non pas un liquide appelé sperme, mais des ovules qui devaient être fécondés par la liqueur prolifique du mâle. Cette opération devait avoir lieu sur l'ovaire même, et l'ovule fécondé, devait se détacher et arriver, en parcourant la trompe dans l'intérieur de la matrice.

Cette seconde opinion était en dernier lieu généralement adoptée, et l'est encore de nos jours, mais avec certaines modifications.

La menstruation n'avait pour les anciens d'autre signification, qu'une évacuation du trop plein de sang chez la femme, ou tout au plus comme un moyen de préparation de la matrice à son extension après la conception.

Aujourd'hui on donne à cette évacuation une signification bien différente. S'il est constant que la matrice en est le siège, il est également reconnu qu'elle n'a lieu que parce qu'il s'opère dans l'ovaire des changements qui ont pour but la préparation d'un ovule pour la fécondation. Rien ne prouve mieux cette assertion que l'extirpation des ovaires; dès que ces organes n'existent plus il n'y a plus de menstruation.

L'écoulement menstruel périodique indique par conséquent que l'ovaire prépare un germe pour la fécondation. Considérée sous ce point de vue, l'époque des règles chez la femme est une période analogue à celle du rut chez les animaux. Cette idée qu'on avance comme tout-à-fait nouvelle, est depuis plus de douze ans enseignée par M. le professeur Stoltz dans les cours d'accouchements de la faculté de Strasbourg. Les élèves qui ont suivi ces cours se le rappellent.

Mais si la menstruation a une signification, elle a aussi un but : c'est de préparer la matrice au développement, à la dilatation qu'elle doit subir pendant le séjour du germe fécondé dans sa cavité.

L'époque menstruelle, disons-nous, est l'analogue de l'époque du rut chez les animaux. L'observation prouve effectivement que la femme devient presque toujours enceinte six ou huit jours après la menstruation. La clinique d'accouchement de la faculté de Strasbourg a fourni des centaines de preuves de ce que nous avançons. Il est généralement reconnu depuis longtemps que la femme est plus disposée à la copulation quelques jours après ses règles qu'à toute autre époque du mois.

Ainsi, à chaque époque menstruelle, il se fait une congestion

vers l'un ou les deux ovaires, et une ou plusieurs vésicules se préparent à être fécondées. Cette vérité, admise depuis longtemps, a cependant été mise hors de doute, seulement depuis peu, par des observations directes.

S'il y a préparation de germes à chaque menstruation, il n'y a pas chaque fois fécondation. Que deviennent alors les vésicules prêtes? D'après la théorie moderne elles se rompent toujours, l'ovule passe dans la matrice, s'écoule au-dehors, est excrété, sans qu'on s'en aperçoive, après être avorté; le germe peut aussi tomber dans la cavité péritonéale, sans y exciter aucun désordre, et disparaître par absorption. C'est ce qu'on a appelé *la ponte périodique;* l'idée est cependant loin d'être nouvelle.

En ouvrant les Eléments de physiologie de Haller, on trouve qu'*Aristote*, *Kerkringius*, *Drelincourt*, *Garman*, *Brendel* et autres ont avancé la même chose. Haller dit [1]: « *Demum ut gallinæ, etiam virgines ova pariunt;* » et plus loin (p. 42): « *ita non raro feminas humanas etiam virgines, per pollutionem, aut cum mensibus, aut ab acri injectione, aliove modo, etiam absque maris auxilio, ova de utero edere, etiam cum testa nequid similitudini desit.* »

A ces suppositions, nous le reconnaissons, on a donné plus de vraisemblance par de nouvelles analogies et de nouvelles observations.

Ces observations sont relatives à ce qui se passe dans l'ovaire pendant et même déjà avant et encore après la menstruation. Il se forme une élévation, une poche dans laquelle on trouve avant sa rupture un liquide albumino-gélatineux.

Cette poche se rompt toujours (?) pour laisser écouler une vésicule, un ovule, un germe. Les débris de la poche qui avait renfermé l'ovule deviennent corps jaune; de manière qu'après chaque mens-

[1] Tome 8, p. 41 et 42.

truation il se forme un corps semblable. Ce phénomène anatomique n'était, jusqu'à ces derniers temps, considéré que comme le résultat d'une fécondation. Cependant bien des auteurs ont signalé la présence des corps jaunes dans les ovaires des vierges, et les ont considérés comme l'indice de la séparation d'un ovule. Seulement au lieu de supposer que cette séparation est spontanée et mensuelle, ils ont admis une cause provocatrice, telle que la masturbation, ou seulement des idées lascives pendant le sommeil ou en état de veille.

Aussi longtemps qu'on a pensé que l'ovule ne se détachait de l'ovaire qu'après la fécondation (ce que nous venons de dire prouve qu'on a cependant admis des exceptions), on devait nécessairement supposer que la fécondation ne pouvait avoir lieu que sur l'ovaire. Les idées nouvelles sur le décollement périodique des ovules ont fait avancer que la fécondation a le plus souvent lieu dans la matrice [1]. Nous disons le plus souvent, car les grossesses extra-utérines prouvent très-bien que l'œuf peut être fécondé sur l'ovaire ou dans la trompe. Cette théorie serait même favorable à la grossesse extra-utérine vaginale, qui, jusqu'à-présent, était très-problématique. Dès lors il n'y a plus nécessité de croire que l'ovule descend dans la matrice avant d'avoir été fécondé. En admettant le contraire, on renverse les opinions généralement reçues sur la formation et la disposition de la membrane caduque.

Le musée de Heidelberg renferme des pièces recueillies par M. Bischoff, sur lesquelles on voit à l'une des cornes de la matrice, au point d'insertion de la trompe, la caduque déprimée par un ovule fécondé.

[1] Voyez M. A. Raciborski. De la puberté et de l'âge critique chez la femme, ou point de vue physiologique, hygiénique et médical, et de la ponte périodique chez la femme et les mammifères. Paris 1844. petit 8°.

Un autre point également admis par les physiologistes, à savoir que l'ovule fécondé met un certain laps de temps (quatre, huit, dix jours) pour traverser la trompe et arriver dans la matrice, serait aussi révoqué. Cette explication avait été admise parce qu'on n'avait trouvé aucune trace du germe dans la matrice, quelques jours après la conception. Tous ces faits sont d'une constatation tellement difficile que l'on doit attendre, pour admettre ou rejeter, que des observations plus nombreuses soient venues à l'appui de la nouvelle théorie, nous dirons plutôt des nouvelles explications données sur la théorie de la fécondation de l'œuf, de sa préparation et de son entrée dans l'organe d'incubation.

En somme, peut-on se demander, qu'est-ce que la science a gagné aux discussions qui ont eu lieu récemment sur toutes ces questions? On peut résumer les conclusions de la manière suivante : 1° On a établi positivement que la menstruation est le signe extérieur de la préparation d'un germe à la fécondation ; 2° que la femme n'est bien disposée à la conception qu'immédiatement après les règles, et que cette bonne disposition ne dure que de huit à dix jours; 3° que lorsqu'il n'y a pas de conception, le germe préparé à l'époque de la menstruation *avorte*, disparaît on ne sait comment; c'est ce qu'on a appelé la *ponte périodique*, par analogie avec les femelles des oiseaux qui pondent des œufs sans l'approche du mâle.

Les deux premiers faits ont été depuis longtemps proclamés, mais ils n'étaient pas positivement et généralement admis; le troisième est nouveau, en ce sens qu'il se fait à l'époque des règles un travail d'élimination dans l'ovaire, une rupture des enveloppes ovariques avec départ d'un ovule. Car pour ce qui concerne la préparation des germes à la fécondation, elle a toujours été admise, seulement on pensait qu'aucun germe ne se détachait qu'*après la fécondation*, ou par exception à la suite d'excitation vénérienne, *secundum naturæ legem*, ou artificielle.

Haller a soupçonné le décollement comme nous l'avons dit plus haut.

La ponte périodique des ovules a promptement exercé l'imagination de quelques novateurs zélés. On s'est demandé ce que devient l'ovule qui se détache sans être fécondé. On a dit qu'il pouvait traverser la trompe, entrer dans la matrice et partir avec le sang menstruel; ou être absorbé, ou tomber dans le ventre; s'affaisser et être éliminé avec les mucosités utérines. Sans discuter la possibilité ou la vraisemblance de ces suppositions, nous dirons seulement qu'on les a aussi fait entrer dans le tissu utérin, n'importe par quelles ouvertures, et là dégénérer en *tumeurs fibreuses!* Les poils, les ostéïdes seraient également le résultat d'ovules avortés; les *polypes* n'ont pas d'autre origine aux yeux de l'auteur. Ce sont les conclusions d'un mémoire *sur la cause de la fréquence des corps et polypes fibreux de l'utérus*, par le docteur Cambernon [1].

Aussi longtemps qu'on croyait que la femme ne fournissait pour la reproduction de l'espèce qu'une liqueur analogue à la semence de l'homme, on ne pouvait pas expliquer les grossesses extra-utérines, dumoins celles qu'on a appelées primitives; on ne les admettait pas. Mauriceau combat encore cette idée, parce qu'il était séministe. Ce n'est qu'après la découverte des germes dans l'ovaire, lorsque le système des ovaristes fut généralement adopté, qu'on put expliquer la conception extra-utérine. Ce n'est qu'à dater du 18e siècle que les grossesses hors de la matrice sont admises sans contestation [2]. Cependant on avait déjà reconnu le fœtus hors de cet organe, alors on croyait qu'il était tombé dans

1 Gazette médicale de Paris, 1844, n° 5.

2 Dans le courant du 17me siècle la question de la grossesse extra-utérine avait cependant été soulevée souvent. On avait le plus souvent résolu négativement la question de savoir si elle était possible. Quentin Thevenin. *An fœtus in tuba generari possit, negat.* 1659. Ant. Ruffin. *An homo extra uterum gigni potest, negat* (1658) *etc.*

le ventre par suite d'une déchirure de la matrice. Alors aussi on admettait des grossesses utérines prolongées pendant des années, et qui n'étaient que des grossesses extra-utérines.

Haller [1] a le plus contribué à faire triompher l'opinion que l'ovaire sécrète des germes et que la conception se fait sur l'ovaire, ce qui met la possibilité de l'existence de la grossesse extra-utérine hors de doute et en fait comprendre facilement le mécanisme.

Mais quant à l'étiologie il n'en a pas parlé, et nous trouvons le même silence dans la plupart des auteurs anciens et modernes sur la physiologie et sur l'art des accouchements.

Les physiologistes discutent la possibilité de la conception hors de l'utérus et son mécanisme, les accouchements s'arrêtent au diagnostic comme étant d'une utilité plus pratique.

Tant que la femme est encore en vie, la cause de la grossesse extra-utérine est généralement inappréciable et insaisissable, elle échappe même encore dans le plus grand nombre des cas aux investigations qu'on fait sur le cadavre. Il n'est donc pas étonnant que les physiologistes aient pensé que ces anomalies doivent leur existence à des modifications passagères, survenues dans les organes génitaux internes pendant le coït même ou peu de temps après. Cependant on a aussi reconnu, et surtout depuis que l'anatomie pathologique est plus généralement cultivée, des causes mécaniques ou organiques qui empêchent le germe fécondé sur l'ovaire de pénétrer dans la trompe, ou l'arrêtent dans sa marche vers l'utérus, dans lequel il se rend d'ordinaire pour s'y développer.

Une émotion morale vive, telles que frayeur, crainte, indignation, terreur, etc., pendant le coït ou peu de temps après, a été généralement considérée comme la cause ordinaire de la

[1] *Elementa physiologiae corporis humani. T.* 8. (*Bernae* 1766)

grossesse hors de l'organe d'incubation. Pour donner plus de vraisemblance à cette hypothèse, on a voulu l'appuyer de faits. C'est ainsi qu'on trouve dans les *Archives générales de médecine* [1] une observation de grossesse extra-utérine que l'auteur attribue à une frayeur vive qu'éprouva la femme au moment des embrassements de son mari, par la chute d'une pierre qui, lancée à travers une fenêtre, vint rouler au pied de leur lit.

Baudelocque rapporte une observation analogue [2]. Une femme à laquelle on avait pratiqué à la maison d'accouchement de Paris la gastrotomie pour une grossesse extra-utérine, racontait que la crainte d'être surprise dans les bras de son amant lui fit éprouver la plus vive impression au moment même où elle a dû concevoir. Baudelocque attribue à cette crainte la grossesse anormale.

Astruc semble aussi accorder une certaine valeur à un ébranlement moral considérable, quand il dit que les grossesses extra-utérines sont plus fréquentes chez les filles et les veuves, et surtout chez celles qui ont passé pour sages, parce que la crainte, la honte et le saisissement dont ces femmes sont affectées dans un embrassement illicite, y ont beaucoup de part [3]. Cette assertion est complètement démentie par l'observation et la statistique. Sur quarante cas de grossesse extra-utérine que nous avons réunis, elle a été observée vingt-sept fois sur des femmes mariées, sept fois sur des filles primipares; dans six autres cas, ces circonstances n'étaient pas indiquées. Nous répondons par les mêmes chiffres à Deleurye, qui dit que les grossesses extra-utérines sont plus fréquentes chez les primipares, parce que chez elles la fibre est plus élastique et mieux capable de retenir

[1] 1832. T. xxviii, p. 208.

[2] Dictionnaire de médecine, en 21 vol. T. x, p. 436.

[3] Dictionnaire de médecine, en 21 vol. T. x, p. 436.

l'ovule dans la trompe que chez les femmes qui ont déjà accouché [1]. Bianchi [2] suppose que le spasme et l'ébranlement occasionnés par un nouveau coït à l'instant où le produit de la conception se sépare de l'ovaire, est une des causes les plus fréquentes de grossesse extra-utérine. J. F. Meckel [3] reconnaît deux ordres de causes de la grossesse extra-utérine : 1° un éréthisme exagéré de l'ovaire ou de la trompe, par suite duquel ces organes sont déterminés à se charger eux-mêmes de l'évolution du germe ; 2° un empêchement quelconque à la progression de l'ovule de l'ovaire à l'utérus, dépendant tantôt d'une atonie de la trompe, tantôt d'une oblitération plus ou moins complète de ce canal.

La première des causes invoquées par Meckel est entièrement hypothétique. En effet comment s'imaginer que par suite d'un éréthisme exalté l'ovaire ou la trompe soient portées à retenir l'ovule au lieu de favoriser sa descente dans l'utérus. On comprendrait que par suite d'adhérence trop forte à l'ovaire, de congestion trop considérable de la trompe, l'ovule restât fixé à l'un ou dans l'autre. Mais alors ce ne serait plus la même nature de cause, il n'y aurait plus intention, si l'on peut dire ainsi de la part des organes nommés, de retenir, mais obstacle mécanique à la progression du germe.

Meckel invoque ensuite l'atonie de la trompe. Le spasme de ce canal pourrait être placé sur la même ligne, et nous paraît même pouvoir exister plus fréquemment. Les causes générales signalées par la plupart des auteurs et relatées plus haut, agissent en produisant l'un ou l'autre de ces deux effets opposés, c'est-à-dire une espèce de paralysie momentanée ou un spasme subit ; ce n'est du moins que de cette manière qu'on comprend leur effet. Cet ordre de causes pourrait être appelé *dynamiques*.

[1] Deleurye, Traité des accouchements, p. 61. — Paris 1770.
[2] Dictionnaire de médecine. T. 10, p. 436.
[3] Meckel's *Handbuch der pathologischen Anatomie*. B. II. p. 176. Leipzig, 1816.

Pour bien comprendre l'action de ces causes, il faut se rappeler le rôle que joue la trompe de Fallope dans la conception.

Que l'on admette l'un ou l'autre système de la génération, on est forcé de convenir que l'ovaire fournit une partie essentiellement nécessaire à cet acte, et que le contingent fourni par l'ovaire doit passer de cet organe dans la matrice ; enfin que la transmission se fait au moyen de la trompe. Pour cela il faut que le pavillon de cet organe ordinairement flottant, libre, s'applique sur l'ovaire pour saisir l'ovule et le transmettre à la matrice. Il importe peu d'admettre que le pavillon de la trompe embrasse l'ovaire seulement pendant le coït, ou qu'il y est habituellement pendant la menstruation ; il y est, il doit y être, pour saisir l'ovule fécondé ou à féconder.

On a beaucoup discuté sur les forces qui décident la progression de l'ovule par la trompe. Senac ayant vu les trompes s'ériger par l'injection des vaisseaux, croyait que le sang qui pénétrait la substance caverneuse de la trompe, rétrécissait une partie après l'autre de ce canal et faisait marcher l'ovule de cette manière. Boerhaave, au contraire, et Haller surtout, ayant remarqué des fibres musculaires longitudinales et orbiculaires dans la composition des trompes dans les mammifères, ont conclu qu'il en était de même dans l'espèce humaine, et que c'était par un mouvement péristaltique de la trompe que le germe fécondé arrive dans la matrice [1]. Cette dernière manière de voir est généralement reconnue aujourd'hui pour vraie. On y a ajouté l'effet de l'épithélium vibratile dont est garnie la muqueuse tubaire [2].

[1] La théorie nouvelle, d'après laquelle on veut qne l'ovule se trouve le plus souvent dans la matrice au moment de la fécondation, n'exclut pas la conception sur l'ovaire ou dans la trompe, comme le prouvent suffisamment les grossesses extra-utérines.

[2] Encyclopédie anatomique. T. viii, p. 26. Bischoff. Développement de l'homme et des mammifères.

On comprend même que la cause invoquée par Senac puisse y contribuer.

Pour que l'ovule fécondé ou non fécondé descende dans la matrice, il faut donc que la trompe remplisse bien la fonction principale qui lui est dévolue, de le saisir sur l'ovaire et de le transmettre par un mouvement, qu'on appellera péristaltique ou anti-péristaltique, dans la cavité utérine. Si le pavillon de la trompe abandonne trop promptement l'ovaire, le germe peut rester sur cet organe ou s'échapper dans le ventre. Si le canal tubaire ne fait pas avancer l'ovule vers la matrice et ne l'y pousse pas dans un temps donné, il y séjournera et s'y développera. Toute cause qui pourra déranger la trompe dans l'exercice de ses fonctions, dans son action, dans les divers actes par lesquels elle fait passer le germe dans l'utérus, peut donc causer la grossesse extra-utérine.

Or, on conçoit facilement que des causes morales, une impression vive, etc., puissent déranger la contractilité régulière de la trompe, occasionner un spasme ou son affaissement subit, son collapsus. Il importe peu qu'on admette que l'ovule soit déjà fécondé ou non au moment où il doit passer par la trompe, car en supposant qu'il ne soit pas encore vivifié, le sperme peut arriver jusqu'à lui, du moins quand il est arrêté dans la trompe même. L'état d'irritabilité de la matrice elle même, au moment où l'ovule doit y passer, un spasme violent de la part de cet organe, ne pourraient-ils pas s'opposer à la descente du germe? Nous ne voyons pas que rien s'oppose à l'admission de cette cause.

Si l'on ne peut pas se refuser à admettre des causes de grossesse extra-utérine qui sont simplement *dynamiques*, c'est à dire qui agissent sur la sensibilité ou sur la contractilité des organes destinés à transmettre l'œuf dans la matrice, il est pourtant bien plus facile de comprendre le mode d'action des causes *matérielles* ou *organiques*, présentant à l'ovule un obstacle mécanique à sa progression.

Ces causes peuvent résider dans l'*ovaire* [1], dans la *trompe* et dans l'*uterus lui-même.*

Bianchi, Boehmer, Capuron, Désormeaux, Gardien signalent comme une cause de grossesse ovarique une densité trop forte des enveloppes de l'ovaire, s'opposant à la rupture du follicule, et à la sortie de l'ovule après la fécondation.

Bianchi [1] dit que cela a surtout lieu, lorsque l'œuf fécondé est placé près de l'union de l'ovaire avec son ligament, parce qu'en cet endroit le péritoine ovarique est plus dense que partout ailleurs.

Ces hypothèses ne sont plus en rapport avec la théorie récemment développée sur la fécondation. Déjà Spallanzani, et plus tard Prévost et Dumas, ont avancé que le contact matériel ou immédiat entre le sperme (les spermatozoïdes) et l'ovule ou le germe, est nécessaire pour que la fécondation ait lieu. D'après les observations plus modernes, la rupture de la coque péritonéale et du follicule qui renferme le germe serait indispensable et aurait le plus souvent lieu longtemps avant la fécondation; l'ovule serait même détaché et déjà en chemin pour arriver à l'utérus. Cependant quelques physiologistes, Barry entre autres, croient que l'ouverture du follicule peut être trop petite pour laisser échapper l'ovule, ou bien ce dernier peut être adhérent par son disque proligère aux parois de la vésicule. Ces explications sont un peu hypothétiques, et il est très-difficile de se prononcer à cet égard. On peut seulement dire que les recherches modernes et les explications qu'on donne aujourd'hui du mécanisme de la fécondation de l'œuf ne sont pas en faveur de l'admission de la grossesse ovarique.

[1] On a contesté et on conteste encore la possibilité de la grossesse extra-utérine ovarique; ce n'est pas ici le lieu de discuter ce sujet. Il y a beaucoup à dire pour et contre son existence.

[2] Dictionnaire de médecine, en 21 vol. T. x, p. 435.

Les vices de conformation de la trompe doivent être placés en première ligne des causes de la grossesse extra-utérine. La grossesse abdominale peut être le résultat d'un vice de conformation du pavillon de la trompe. Le pavillon peut présenter une disposition telle qu'il devient incapable d'atteindre et d'embrasser convenablement l'ovaire. L'ovule fécondé peut alors échapper entre les franges et tomber dans la cavité péritonéale. On trouve un exemple de grossesse extra-utérine de ce genre, que l'auteur attribue à ce que le pavillon, au lieu d'avoir une conformation normale, présentait dans un de ses points un cul-de-sac [1]. Des adhérences contre nature des franges du pavillon à l'ovaire ou aux parties voisines pourraient produire le même effet. Cet obstacle au libre mouvement de la trompe entraverait cependant plutôt la fécondation elle-même. On conçoit qu'une trompe trop courte puisse devenir cause de la chute de l'ovule, parce que le pavillon ne pourrait qu'incomplètement atteindre l'ovaire, ou s'appliquer imparfaitement sur lui. Ordinairement les trompes sont plus longues que ne l'exigerait la nécessité d'atteindre les ovaires pour s'y fixer. Elles présentent à l'état de conformation normale des ondulations, elles peuvent même former de véritables circonvolutions ou être contournées en spirale. On conçoit que dans ce cas l'ovule peut être gêné dans sa marche vers la matrice et même être arrêté, ce qui donnerait lieu à une grossesse tubaire.

Le Dr Hayn de Kœnigsberg attribue à un obstacle de ce genre une grossesse extra-utérine [2].

Une femme fortement constituée et qui était accouchée dans sa vingt-quatrième année d'un garçon bien portant, eut cinq ans après une métrite à la suite de refroidissement; la maladie dura

[1] 1716. N° 4. Histoire de l'Académie des sciences.

[2] *Med. Zeit. v. Ver. für Heilkunde in Preussen,* 1856. *N*° 25, analysée dans *Schmidts Jahrbücher.* T. 12. p. 183.

huit mois. Deux ans après, les règles se supprimèrent; une grossesse fut probable, mais après une suppression de quelques mois, elles reparurent. Voulant s'assurer de l'état de cette femme, une matrone explora un peu rudement. Cette exploration fut suivie de douleurs vives dans le flanc droit, la face pâlit, le pouls faiblit. Douze heures après la femme était morte. A l'autopsie on trouva un épanchement de sang dans le ventre, au milieu duquel nageait un fœtus d'environ deux mois et demi. La trompe droite formait une poche du volume d'un œuf de poule et offrait une large déchirure par laquelle le fœtus s'était échappé. Elle présentait outre différentes adhérences entre la matrice et la portion distendue, *une courbure formant un cercle complet,* quoiqu'en cet endroit il n'y eut aucune trace de fausse membrane.

On conçoit qu'une trop grande étroitesse primitive, générale ou partielle de la trompe, puisse donner lieu à une grossesse extra-utérine, la semence n'ayant pas besoin d'un canal aussi large pour se rendre à l'ovaire, que l'ovule pour arriver à l'utérus. Cette étroitesse peut être uniforme, ou l'effet d'une évolution incomplète de quelque partie, ou seulement de l'un ou de l'autre orifice.

Il est incontestable aussi que par suite d'inflammation soit de la membrane péritonéale, soit de la muqueuse, soit de la substance propre de la trompe, ce canal peut éprouver des modifications pathologiques qui le mettront dans de fâcheuses conditions relativement à l'acte qu'il doit remplir dans la conception. Une sécrétion augmentée, viciée; la formation de fausses membranes après la fécondation; le gonflement de la muqueuse, une trop forte contraction de la substance propre etc., peuvent amener l'oblitération partielle ou totale, momentanée ou durable de la trompe. [1]

[1] La même chose arrive quelquefois à l'orifice de la matrice.

Tout cela s'explique très-facilement quand on se rappelle la turgescence des organes génitaux pendant la menstruation, pendant et immédiatement après l'acte vénérien, enfin ce qui se passe dans l'intérieur de la matrice elle-même. On n'est étonné que d'une chose, c'est que cela n'arrive pas plus souvent, et encore ici il faut admettre une sage prévoyance de la nature qui, en accomplissant tous ces actes, ne permet pas qu'il y ait plus fréquemment des déviations de l'état physiologique qui, dans ce cas, se trouve si près de l'état pathologique [1].

L'auteur d'une dissertation sur la grossesse tubaire, Corvinus [2], rapporte aux chefs suivants les conditions que les trompes doivent présenter pour bien remplir leurs fonctions : 1° Application exacte du pavillon de la trompe sur l'ovaire; 2° position et direction convenable; 3° liberté complète de l'orifice tubo-utérin; 4° liberté du canal de la trompe que l'ovule doit traverser.

Un état anormal de la matrice elle-même ne peut-il pas empêcher l'ovule fécondé d'arriver dans sa cavité?

La face interne de l'utérus se revêt d'une membrane épaisse, pulpeuse, semblable sous bien des rapports aux fausses membranes qui sont le résultat de l'inflammation. Suivant quelques auteurs cette membrane, dite de connexion, se prolonge même dans les trompes. N'est-il pas étonnant que cette espèce de tampon, placé près d'une ouverture aussi déliée que celle de la trompe, ne l'obstrue pas assez solidement pour empêcher le passage de l'ovule? Et cependant cela n'arrive par bonheur que très-exceptionnellement. Mettez à la place de la caduque un obstacle plus solide, et il y aura impossibilité pour l'œuf de pénétrer dans l'utérus. Une densité trop forte de la substance de la

[1] Beaucoup d'auteurs voient de l'inflammation dans les procédés que la nature emploie pour fixer l'ovule.

[2] *Specimen inaugurale sistens observationem de conceptione tubaria cum ejus epicrisi. Argent.* 1780.

matrice, à l'angle où s'insère la trompe, peut aussi arrêter le germe et occasionner ce qu'on appelle une grossesse tubo-utérine ou une grossesse interstitielle [1]. Ou bien l'ovule reste dans la trompe elle-même, et il en résulte une grossesse tubaire.

Supposez la matrice remplie par un corps fibreux déjà logé dans sa cavité ou encore renfermé dans l'épaisseur d'une paroi, mais assez volumineux pour appliquer l'une contre l'autre la face antérieure et la postérieure, et la pénétration de l'ovule sera encore impossible. C'est le cas de l'observation que nous avons rapportée avec détail. Heureusement que dans un état de maladie semblable, la conception ne peut guère avoir lieu. La femme qui fait le sujet de notre observation, a vécu en état de mariage pendant beaucoup d'années sans jamais être fécondée. La stérilité était probablement due à la présence de la tumeur dont l'existence n'a été soupçonnée que quelques années après le mariage, mais qui dès l'abord, quoique petite a dû offrir un obstacle à la fécondation, et cet obstacle n'a pu que grandir à mesure que la tumeur prenait de l'accroissement. La conception n'a eu lieu que par un fâcheux hasard qui devint la cause de la mort de cette femme.

[1] M. Dezeimeris (Journal des connaissances médico-chirurgicales. 1836—1837. T. IV) admet dix espèces de grossesses extra-utérines :

1° Grossesse ovarique; 2° sous péritonéo-pelvienne ; 3° tubo-ovarique; 4° tubaire; 5° tubo-abdominale; 6° tubo-utérine interstitielle ; 7° utéro-interstitielle ; 8° utéro-tubaire ; 9° utéro-tubo-abdominale; 10° abdominale.

Cette division nous paraît beaucoup trop prolixe.

Toutes ces espèces de grossesses hors de la matrice peuvent être ramenées aux trois depuis longtemps établies et généralement admises : 1° la grossesse tubaire ; 2° la grossesse abdominale ; 3° la grossesse ovarique. Cette dernière est même révoquée en doute aujourd'hui. La tubo-ovarique, la tubo-abdominale, la tubo-utérine et l'utéro-tubaire, si elles étaient bien constatées, ne seraient que des variétés de la grossesse tubaire. Nous ne comprenons pas la possibilité d'une grossesse sous péritonéo-pelvienne, ni celle d'une grossesse utéro-interstitielle proprement dite.

On a vu bien des fois des corps fibreux faisant saillie à la surface externe de la matrice ou emprisonnés dans l'épaisseur des parois ne pas empêcher la grossesse utérine [1]. On a vu des polypes de la matrice volumineux permettre la conception. Souvent ces corps étrangers sont devenus cause d'avortement ou de difficulté au moment de l'accouchement; mais quand ils se trouvent dans la matrice même et la remplissent complètement, ou lorsque, contenus dans l'une des parois, ils obstruent toute la cavité, la conception est presque impossible, et si elle a lieu, il peut en résulter, on le comprend, une grossesse extra-utérine. La métrite aigue ou chronique rend ordinairement la conception impossible. Mais si cette maladie se déclarait immédiatement après la fécondation, ne pourrait-elle pas, par les modifications organiques qu'elle fait naître, s'opposer au passage de l'ovule dans sa cavité. Peu de personnes en douteront; c'est donc encore une cause possible de grossesse extra-utérine, mais qu'il est bien difficile de constater.

Telles sont les causes que l'on peut invoquer du côté de la femme, et surtout des organes génitaux internes. La trompe étant l'agent principal du passage du germe fécondé dans la matrice, c'est dans les anomalies fonctionnelles ou organiques de ce canal qu'il faut chercher d'abord les causes de la grossesse extra-utérine. Mais nous avons établi que la matrice peut de son côté s'opposer à la pénétration de l'ovule dans sa cavité, et nous en avons fait connaître un exemple frappant.

Corvinus, que nous avons cité plus haut, demande si l'on peut aussi faire jouer un rôle au sperme? L'accumulation d'une semence trop épaisse dans la trompe, à tel point qu'elle en serait

[1] Voyez un exemple remarquable dans l'anatomie pathologique du corps humain, par M. Cruveilhier. T. 1, 11e livraison (1829—1835). Voyez aussi la thèse de M. Hergott, intitulée; Essai sur les différentes variétés de forme de la matrice pendant la gestation et l'accouchement. Strasbourg, 1839. 4°, p. 25 et 26.

obstruée, lui paraît impossible, puisque, dit-il, tous les physiologistes modernes (du 18e siècle) enseignent que la semence ne parvient jamais en substance dans la trompe (*crassum semen nusquam in tubam pervenire*); mais seulement son émanation (*halitus*) appelé *aura seminalis*. Aujourd'hui on sait le contraire: la semence en substance avec ses spermatozoïdes a été rencontrée dans la trompe et sur l'ovaire même, mais il n'est pas probable qu'elle puisse arrêter la marche de l'ovule.

Le trop prompt développement du germe pendant le temps qu'il met à parcourir la trompe, pourrait-il causer son arrêt dans ce canal? Cette idée n'a du moins rien qui répugne à la saine raison. On comprend facilement une évolution trop rapide de l'ovule, par suite de laquelle son volume serait tellement accru qu'il éprouverait des difficultés dans sa marche vers l'utérus. Seulement il n'est pas possible de constater une pareille cause; on ne pourra que la soupçonner après l'exclusion de toutes les autres.

Nous venons d'énumérer un grand nombre de causes probables de grossesse extra-utérine, et nous ne nous flattons pas d'avoir épuisé le sujet. Eh bien, presque toujours la cause véritable reste cachée; rien ne la révèle pendant la vie, et à l'autopsie même, nous le répétons, on est le plus souvent dans l'incertitude, on ne peut faire que des suppositions. Il faut dire que la cause a le plus souvent disparu, ou que les effets pathologiques de la grossesse extra-utérine elle-même ne permettent pas de la découvrir ou exposent à confondre les effets avec la cause.

Quelques mots sur le degré de certitude du diagnostic de la grossesse tubaire, et sur une proposition récemment faite de provoquer l'avortement dans ce cas.

Si le diagnostic de la grossesse extra-utérine à une époque avancée, a atteint dans ces derniers temps un degré de précision remarquable, par l'exploration de la cavité utérine au moyen d'une algalie [1], il n'en est pas de même quand elle est encore à sa première période; loin de pouvoir être reconnue positivement, elle peut à peine être soupçonnée.

M. Heim croit cependant avoir trouvé les signes certains de la grossesse extra-utérine commençante, et les range dans les catégories suivantes [2]:

1° Douleurs analogues à celles de l'enfantement, qui se répètent à des intervalles plus ou moins longs, à partir de la troisième semaine, et qui durent tantôt quelques heures seulement, d'autres fois plus longtemps, enfin d'une intensité variable.

2° Lorsque ces douleurs sont fortes, elles sont accompagnées de rétention d'urine et des matières fécales.

3° Il s'établit un écoulement vaginal muqueux et sanguinolent, qui doit être attribué à la présence de la membrane caduque dans l'intérieur de l'utérus. Quelques femmes ont même de fortes pertes de sang.

4° La femme qui, avant la conception, se couchait indifféremment de l'un ou de l'autre côté, ne peut plus se coucher commodément que d'un côté, surtout si la grossesse extra-utérine est tubaire ou ovarique, et alors c'est du côté malade qu'elle se place de préférence. Elle éprouve de ce côté, sinon toujours, du moins très-souvent une douleur circonscrite.

[1] M. le professeur Stoltz a appliqué le premier que nous sachions ce moyen de diagnostic sur la femme vivante. Voy. l'observation de grossesse extra-utérine abdominale de la femme Manier; Gazette médicale de Strasbourg, 1843.

[2] *Archiv für medizinische Erfahrung von Horn. Berlin* 1812. *B. 1, p. 1. V. S.*

5° Un son de voix tout particulier pendant les gémissements ou les cris arrachés à la malade par la douleur, son qui ne s'entend pas ordinairement en d'autres occasions.

6° Des mouvements tout particuliers du corps, une espèce d'agitation et d'inquiétude et une altération des traits de la face qu'on ne retrouve pas facilement dans d'autres états morbides.

Dans ces signes que Heim voudrait faire passer pour *certains*, nous reconnaissons tout au plus des signes *rationnels*, qui, pris séparément, pourraient dépendre de toute autre cause. Ainsi, par exemple, dans combien d'affections différentes des organes renfermés dans l'abdomen ne retrouve-t-on pas les douleurs qui, d'après Heim, doivent être caractéristiques de la gestation hors de la matrice?

La rétention d'urine et de matières fécales peuvent aussi être le résultat de causes variées. L'écoulement vaginal existe presque toujours dans la grossesse utérine; il peut être sanguinolent sans qu'on ait le moindre motif de soupçonner quelque chose d'anormal.

Le décubitus latéral peut être affecté de préférence dans toute maladie d'un côté du ventre, et surtout d'une des fosses iliaques. Toute douleur aigue ou déchirante peut altérer le son de la voix pendant les plaintes que la malade pousse; enfin il est très naturel que des tranchées utérines ou intestinales fassent faire des contorsions au malade et déterminent chez lui une agitation extraordinaire.

Sans doute, si tous ces signes étaient réunis, plus ceux qui rendent probable l'existence d'une grossesse, on pourrait avoir de fortes présomptions; mais de certitude, point.

Les signes indiqués par Heim avaient été constatés par d'autres; l'auteur que nous citons n'a fait que les réunir et a cherché à leur donner de cette manière une plus grande portée. Si l'on peut dire qu'il n'y a pas de signes annonçant d'une manière

tout à fait certaine la grossesse utérine avant l'époque où l'on peut entendre le souffle utérin, et même les battements redoublés, à plus forte raison ne peut-on pas prétendre reconnaître d'une manière sûre la grossesse extra-utérine avant ce moment. Et encore avons-nous supposé l'existence d'aucune complication, celles-ci ne sont pourtant pas rares; car des causes organiques de la gestation extra-utérine, subsistant après la conception, peuvent rendre le diagnostic de la grossesse bien plus difficile, comme le prouve le cas rapporté au commencement de cette dissertation.

Que devient alors la proposition du professeur Ritgen, de provoquer l'avortement de la grossesse tubaire?

En 1824, dit ce professeur [1], j'ai employé avec succès des moyens abortifs dans un cas de grossesse tubaire diagnostiqué par le bruit de souffle entendu autour du fœtus, en même temps que par les signes rationnels connus. Je n'ai pas parlé de ce cas pendant seize ans, parce que je n'avais plus rencontré dans ma pratique de grossesse tubaire, et que je voulais fonder ma proposition sur plus d'un fait patent. L'occasion de faire une nouvelle expérience ne s'étant plus offerte, je me suis déterminé à ne plus soustraire à la publicité un cas dont je parle tous les ans dans mes leçons. Suit l'observation de la femme sur laquelle M. Ritgen dit avoir provoqué l'avortement dans un cas de grossesse tubaire.

Une femme de trente-deux ans, mère de trois enfants, ressentit, au mois de mai 1824, une douleur vive dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements. Au bout de quelque temps on découvrit dans la région douloureuse une tumeur, d'abord du volume d'un citron, mais qui finit par acquérir celui

[1] *Ueber den künstlichen Abort, als Rettungsmittel der Mutter bei Mutterœhrenschwangerschaft, und über die Erkenntniss dieser abnormen Schwangerschaft durch Auscultation. Neue Zeitschrift für Geburtskunde. B. 9, p. 206. 1840.*

d'une tête d'enfant. La douleur se propageait en haut dans le dos, en bas dans la cuisse. Il y eut des constipations opiniâtres, il se déclara une jaunisse et un œdème général. Le médecin ordinaire fit faire des frictions mercurielles sur la tumeur, et donner des raffraichissants à l'intérieur. La malade se croyait enceinte, parce que depuis onze semaines elle n'avait plus eu ses règles. M. Ritgen trouva la tumeur de la fosse iliaque très sensible au toucher. L'ictère était bien prononcé et général, cependant l'hypochondre droit n'était pas douloureux. Par l'exploration vaginale on constatait que l'utérus était légèrement déjeté à gauche; à droite on atteignait à la tumeur de la fosse iliaque, par le rectum on pouvait également l'explorer.

Quelques nombreux que fussent les signes rationnels d'une grossesse extra-utérine, et notamment d'une grossesse tubaire, suivant M. Ritgen, il n'osa cependant pas conclure à son existence jusqu'à ce que l'auscultation lui eut révélé la présence du bruit de souffle qu'il pensa être dû au développement vasculaire de la trompe.

Pour diminuer l'éréthisme des parties et éviter la rupture de la tumeur qui paraîssait imminente, M. Ritgen fit appliquer des cataplasmes narcotico-émolliens sur la fosse iliaque, et dans la proximité un séton. Il prescrivit en même temps des purgatifs salins, et plus tard du seigle ergoté et de l'aloës en pilules. Au bout de vingt-quatre heures les douleurs diminuèrent, et le troisième jour il y eut du sommeil. Les pilules provoquèrent d'abord des vomissements, mais bientôt il y eut des douleurs intermittentes dans l'utérus et dans la tumeur, et au bout de quelques heures il s'établit un écoulement de sang noirâtre par les parties génitales; douze heures après il y eut une selle spontanée.

L'écoulement sanguin augmenta insensiblement et, peu à peu parurent des caillots, dans lesquels M. Ritgen découvrit des flocons semblables à des débris de membrane caduque et d'autres ana-

logues au tomentum villeux du chorion, mais il n'y avait pas de trace d'un embryon. La tumeur commença à diminuer le quatrième jour du traitement, mais ce n'est qu'après dix-huit mois qu'elle avait disparu entièrement. Le souffle faiblit au bout de peu de temps et cessa complètement à la fin de la troisième semaine.

M. le professeur Ritgen laisse à chacun d'admettre ou non avec lui qu'il y avait dans ce cas grossesse extra-utérine et en particulier grossesse tubaire. Quant à lui, il dit qu'il établirait le même diagnostic dans tout cas analogue et qu'il emploirait le même traitement.

Nous ne croyons pas pouvoir partager l'opinion de M. Ritgen. Les signes qu'il donne pour conclure à l'existence d'une grossesse tubaire ne nous paraissent point suffissants. Nous ne saurions non plus voir dans les débris membraneux entraînés avec le sang, des traces évidentes d'un produit de conception.

Cette observation nous en rappelle une autre que M. le professeur Stoltz cite dans ses leçons. Une dame âgé de trente-trois ans, mariée depuis plusieurs années, n'avait jamais eu d'enfant. A la suite d'un coït pendant la menstruation, les règles se supprimèrent et la plupart des signes rationnels de grossesse se manifestèrent, mais en même temps se développèrent des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, où se forma insensiblement une tumeur circonscrite qui acquit de plus en plus de volume. Le médecin de cette dame avait diagnostiqué une grossesse extra-utérine tubaire. Les accidents qui se déclarèrent l'engagèrent à consulter plusieurs confrères. M. Stoltz, qui était du nombre, reconnut qu'il y avait ovarite. Tous les consultants furent de cet avis et ne purent accepter la manière de voir du médecin ordinaire, qui pensait comme M. Ritgen que le fœtus passerait de la trompe dans la matrice, et serait ainsi éliminé.

Au bout de quelque temps des signes de suppuration se dé-

veloppèrent, il y eut perforation de l'intestin, selles mêlées de pus ; fièvre hectique et mort. A l'autopsie on rencontra une poche pyogénique pouvant contenir une pomme ordinaire et communiquant avec le rectum, mais pas de trace d'embryon.

Nous ne serions pas éloigné de croire que l'observation de M. Ritgen concerne, comme celle de M. Stoltz, un cas d'ovarite et non de grossesse extra-utérine.

Pour se proposer de provoquer l'avortement dans un cas de grossesse extra-utérine, il faudrait d'abord pouvoir la reconnaître sûrement dans les premières semaines ; or, il faut convenir qu'il n'existe pas de signes certains à cette époque. M. Ritgen a considéré comme tel le bruit de souffle. Mais on sait que ce bruit peut exister sans grossesse, et il n'est pas certain qu'on l'entende dans toutes les formes de grossesse extra-utérine. C'est ainsi que d'après une observation de grossesse abdominale, publiée dans la *Gazette médicale de Strasbourg*[1] par M. le docteur Hirtz, professeur agrégé à la faculté, il est dit que le bruit de souffle n'était perçu dans aucun point du ventre, tandis que les battements redoublés étaient extrêmement distincts.

Puis M. Ritgen dit qu'on entendait pendant trois semaines encore le bruit de souffle, après que l'avortement avait déjà eu lieu.

M. Ritgen ayant supposé une grossesse tubaire chez la malade qui est le sujet de son observation, parle de l'expulsion, avec des caillots de sang, de débris de tomentum de l'œuf. L'œuf aurait donc passé dans la matrice ? Il est difficile de croire que les contractions d'une trompe amincie et prête à se rompre puissent être assez énergiques pour produire le décollement et la rupture de l'œuf, et surtout pour le pousser à travers l'ori-

[1] 1843. p. 33.

fice tubo-utérin dans la cavité de la matrice. D'ailleurs, comme nous l'avons déjà fait observer, il n'a pas aperçu de débris de l'embryon, quoique la prétendue grossesse datât de onze semaines. Le professeur de Giessen convient aussi que l'on s'expose, en cherchant à provoquer l'avortement d'une grossesse tubaire, à déterminer la rupture du kyste dans le ventre. Or, cette rupture est presque sûrement mortelle.

Telles sont les réflexions qui nous ont été suggérées par la proposition de M. Ritgen, qui ne trouvera pas, nous le croyons, beaucoup de sectateurs. Il serait sans doute heureux de pouvoir : 1° Constater la grossesse tubaire dès les premières semaines de son existence; 2° faire avorter avec sécurité cette grossesse anormale. Mais ces deux choses ne sont pas au pouvoir de l'art quant à présent, il n'est pas à présumer qu'on en viendra là de sitôt.

QUESTIONS

posées par la Faculté et tirées au sort en vertu de l'arrêté du Conseil royal de l'instruction publique du 22 mars 1842.

1° *Anatomie.* Du développement de l'embryon depuis l'époque de son apparition jusqu'au cinquième mois de la grossesse.

2° *Anatomie pathologique.* Des phlébolythes ou calculs des veines, et du mécanisme de leur formation.

3° *Physiologie.* Des mouvements de l'estomac et de leur mécanisme.

4° *Hygiène et Physique.* Donner la théorie des effets que produit sur l'économie animale un changement brusque et considérable de pression atmosphérique.

5° *Médecine légale.* Déterminer à quelle distance une arme à feu contenant plusieurs projectiles a été déchargée ; si des blessures sont le résultat d'un seul ou de plusieurs coups de feu ; quelle était la situation respective du meurtrier et de la victime ?

6° *Accouchement.* Une femme qui est accouchée spontanément et à terme une ou plusieurs fois, peut-elle avoir besoin de l'opération césarienne dans une couche subséquente ?

7° *Histoire naturelle médicale.* Des insectes suceurs parasites chez l'homme.

8° *Chimie.* Quelles sont les principales propriétés des résines ? peut-on les diviser en plusieurs groupes ?

9° *Pathologie externe et clinique externe.* Faire connaître les signes de la néphrite calculeuse ; indiquer ceux qui dénotent la présence des calculs dans le canal de l'urètre, et faire connaître quelles sont dans ce cas les indications à remplir ?

10° *Pathologie et clinique interne.* Énumération des symptômes fournis

par l'appareil respiratoire ; examen particulier des signes tirés de l'expectoration.

11° *Médecine opératoire.* Quel est le mode d'oblitération des artères par l'application des ligatures?

12° *Matière médicale et Pharmacie.* Dans quel cas doit-on recourir à l'injection des médicaments dans les veines?

Lith. d'E. Simon a. Strasb.g

Lith. de E. Sorg